

Universitat de Lleida

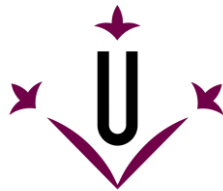
Facultad de Medicina

Grado en Nutrición Humana y Dietética

EL PAPEL DEL DIETISTA- NUTRICIONISTA EN LA TERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Autora: Patricia Munera Muñoz

Curso 2017/2018



Universitat de Lleida

EL PAPEL DEL DIETISTA- NUTRICIONISTA EN LA TERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Trabajo de Final de Grado presentado por:

Patricia Munera Muñoz

Tutor: Dr. Antonio Alcántara Tadeo

“Me di cuenta que habían más puertas a parte que la de la nevera.”

Paciente obeso mórbido (en anonimato).

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. RESUMENES | 3 |
| 1.1 Resumen | 3 |
| 1.2 Resum | 4 |
| 1.3 Abstract | 5 |
| 2. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 3. CONCEPTO DE “TERAPIA DE GRUPO” | 7 |
| 3.1 Tipos de grupos..... | 8 |
| 3.1.1 Cerrado o Abierto | 8 |
| 3.1.2 Heterogéneo o Homogéneo..... | 8 |
| 3.1.3 Psicoeducativo o Terapéutico..... | 8 |
| 3.1.4 Temporal o Permanente | 8 |
| 3.1.5 Pequeño, Mediano o Grande..... | 9 |
| 3.2 Tipos de actitudes dentro de un grupo | 9 |
| 3.3 Habilidades del terapeuta..... | 11 |
| 3.3.1 Habilidades intelectuales | 11 |
| 3.3.2 Habilidades personales | 11 |
| 4. CONCEPTO DE “OBESIDAD MÓRBIDA” | 12 |
| 4.1 Causas de la obesidad mórbida | 13 |
| 4.1.1 Factores genéticos | 13 |
| 4.1.2 Factores ambientales o Sociales | 13 |
| 4.1.3 Factores psicológicos | 14 |
| 4.2 Efectos de la obesidad mórbida | 14 |
| 4.2.1 Problemas físicos o de movilidad | 14 |
| 4.2.2 Problemas fisiológicos | 15 |
| 4.2.3 Problemas psicológicos | 15 |
| 5. CONCEPTO DE “GESTIÓN EMOCIONAL” | 16 |
| 6. HIPOTESIS Y/O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 17 |
| 7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 18 |
| 8. METODOLOGÍA | 19 |

| | | |
|-------|---|----|
| 8.1 | Período de Cohesión o Consolidación | 21 |
| 8.2 | Período de Construcción..... | 22 |
| 8.3 | Período de Logro de Objetivos y Mantenimiento de pautas | 23 |
| 9. | EL PAPEL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL GRUPO | 24 |
| 9.1 | Intervención en las sesiones grupales | 24 |
| 9.2 | Intervención personalizada | 25 |
| 9.2.1 | Recordatorio 24 horas | 25 |
| 9.2.2 | Creencias erróneas sobre alimentación y nutrición | 25 |
| 9.3 | Taller informativo sobre etiquetaje | 26 |
| 10. | RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 28 |
| 11. | CONCLUSIONES..... | 36 |
| 12. | REFLEXIONES | 37 |
| 13. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| | ANEXOS | 41 |

1. RESUMENES

1.1 Resumen

Cuando la obesidad recibe el calificativo de mórbida, existe la posibilidad de cirugía bariátrica. Los pacientes que están pendientes de ser operados necesitan, además de superar las pruebas del protocolo, disminuir su peso para demostrar su control y constancia como dietantes y poder ser intervenidos.

Debido a la imposibilidad, de algunos, de hacerlo mediante planes nutricionales, se les propone la participación en la terapia grupal para ayudarles a resolver así los problemas emocionales, que se sospecha están en la base y que les dificultan la realización y continuidad de las recomendaciones. En este contexto mixto (evaluación-asistencial) se realiza el presente trabajo de final de grado, con una observación participante, en el que se presenta como resultado la positiva intervención del dietista-nutricionista, así como recomendaciones para el futuro.

Palabras clave: Obesidad mórbida, terapia de grupo, Dietista-Nutricionista, Gestión emocional y Cirugía bariátrica.

1.2 Resum

Quan l'obesitat rep el qualificatiu de mòrbida, hi ha la possibilitat de la cirurgia bariàtrica. Els pacients que estan pendents de ser operats necessiten, a més de superar les proves del protocol, disminuir el seu pes per demostrar el seu control i constància com a dietantes i poder ser intervinguts.

A causa de la impossibilitat, d'alguns, de fer-ho mitjançant plans nutricionals, se'ls hi proposa la participació en la teràpia grupal per ajudar-los a resoldre així els problemes emocionals, que es sospita que són a la base i que els dificulten la realització i continuïtat de les recomanacions. En aquest context mixt (avaluació-assistencial) es realitza el present treball de final de grau, amb una observació participant, en el qual es presenta com a resultat la positiva intervenció del Dietista-Nutricionista, així com recomanacions per al futur.

Paraules claus: Obesitat mòrbida, teràpia de grup, Dietista-Nutricionista, Gestió Emocional i Cirurgia bariàtrica.

1.3 Abstract

When obesity receives the qualification of morbid, there is the possibility of bariatric surgery. The patients who are pending to be operated need, in addition to surpassing the tests of the protocol, to decrease their weight to demonstrate their control and perseverance as dietitians and to be able to be intervened.

Due to the impossibility, of some of them, of doing it by means of nutritional plans, the participation in the group therapy is proposed to them to help them to solve the emotional problems, that are suspected to be in the base and that make them difficult the realization and continuity of the recommendations. In this mixed context (evaluation-assistance) the present end-of-grade work is carried out, with a participant observation, in which the positive intervention of the dietitian-nutritionist is presented, as well as recommendations for the future.

Keywords: Morbid obesity, group therapy, Dietitian-Nutritionist, Emotional Management and Bariatric Surgery.

2. INTRODUCCIÓN

La terapia de grupo que conocemos actualmente se lleva utilizando de manera eficaz, y con resultados concluyentes desde hace más de cincuenta años. Pero aun así, encontraríamos los inicios de las terapias de grupo en la Edad Antigua con los primitivos ritos chamánicos, con las tragedias griegas y romanas, así como con las obras teatrales medievales, los cuales se hacían con la finalidad de interpretar y dramatizar un papel otorgado por la persona experta en la materia. Por lo tanto, recordamos que la humanidad siempre ha estado influenciada por la interacción entre las personas y dinámicas en grupo. [1,2]

Más tarde, se empezaron a utilizar intervenciones grupales similares a la terapia de grupo a principios del siglo XX. Pratt aplicaba este tipo de intervenciones por primera vez, en 1905, con sus pacientes con tuberculosis, mientras que Lazell lo hizo con pacientes que padecían esquizofrenia a causa de la Guerra Europea de 1918 (Díaz Portillo, 2000).

Fue años después cuando apareció una de las primeras terapias de grupo, El psicodrama de Moreno, el cual fue influenciado por grandes psicólogos y filósofos anteriores como Sigmund Freud o Wender. Moreno trabajaba sus terapias des de la interpretación, trabajando así la emoción y el drama, al igual que lo hacían en la Edad Antigua. [1,2]

Durante los años 30 y 40, Redl introdujo la terapia de grupo en niños y Slavson en adolescentes. Después de la Segunda Guerra Mundial, en los Estados Unidos se empezó a utilizar la terapia de grupo y se llegaron a crear Asociaciones de Psicoterapias grupales. Además, también fue creada la Asociación de Alcohólicos Anónimos (A.A.) en 1935, la cual impulsó y normalizó la participación en las terapias de grupo. [1,2]

Finalmente, durante los años 60 se consolidó el concepto y la función de la terapia de grupo a tal y como la conoceremos actualmente. [2]

3. CONCEPTO DE “TERAPIA DE GRUPO”

Podríamos definir la terapia de grupos como una forma especial de terapia en la cual un conjunto de personas se reúne durante un tiempo relativamente estable con la finalidad de obtener uno o varios objetivos. Los participantes están, en todo momento, guiados por un psicoterapeuta profesional. [1]

De esta manera la participación en el grupo permite la educación y socialización de los miembros, el desarrollo de actividades lúdicas. En consecuencia, el trabajo en grupo ayudaría, tanto a nivel individual como grupal, a los individuos que pertenecen al grupo y facilitaría el intercambio de conocimientos y autorreflexión. [1]

Prácticamente desde que nacemos nos criamos en ambientes grupales, inicialmente en el ámbito familiar, más tarde el escolar y finalmente como trabajadores y ciudadanos.

Por ello, la terapia de grupos ayuda a los integrantes a compartir sus problemas, preocupaciones u opiniones, ya que pueden comprender mejor la situación de los demás, al encontrarse en situaciones parecidas, y la propia situación de cada uno. [1]

Las principales características que encontramos dentro de un grupo, son el compartir necesidades y metas, la interacción entre los miembros y dar cierta estabilidad al grupo. A partir de dichas características, la terapia grupal, puede servir de ayuda a personas con todo tipo de problemas o dificultades como [2]:

- Dificultades en las relaciones con otras personas
- Depresión y ansiedad
- Problemas de adicciones
- Pérdidas
- Traumas
- Trastornos de la personalidad
- Impacto de enfermedades crónicas o de gravedad

3.1 Tipos de grupos

Todos los grupos tienen sus características y en función de ellas determinaremos la composición del grupo. Como parámetros principales encontraríamos (Vinogradov y Yalom, 1996):

3.1.1 Cerrado o Abierto

Variará en función de si está **abierto**, o no, a otros miembros una vez se inicia el período de la terapia. En caso de quedar establecidos los participantes del grupo desde el principio, el grupo será de tipo **cerrado**.

3.1.2 Heterogéneo o Homogéneo

Será **homogéneo** cuando los participantes tengan características similares, por ejemplos algún tipo de adicción, y de lo contrario, será **heterogéneo** cuando no tengan en común el problema que los deriva a estar en terapia.

3.1.3 Psicoeducativo o Terapéutico

Un grupo será **psicoeducativo** cuando en cada sesión se proporcione a los participantes educación, información y herramientas para solucionar sus problemas. De lo contrario, un grupo **terapéutico** es aquel en el que un conjunto de personas se reúnen para poner en común sus experiencias, problemas y conflictos que tienen.

3.1.4 Temporal o Permanente

La duración del grupo también influye en su tipología, ya que un grupo que sea **temporal** indicará que tendrá un seguimiento determinado, ya sea de unas semanas o unos meses. En cambio, uno **permanente** tendrá una duración no definida.

3.1.5 Pequeño, Mediano o Grande

Este parámetro variará en función de la cantidad de personas que formen el grupo. Consideraremos grupo **pequeño** aquel que tenga entre seis y diez miembros, grupo **mediano** sería el que contenga entre quince y treinta participantes y finalmente, un grupo **grande** aquel que tiene una participación de más de treinta miembros.

3.2 Tipos de actitudes dentro de un grupo

Vinogradov y Yalom (1996). Cada persona, en función de su personalidad muestra una actitud u otra dentro de la terapia de grupo. Es cierto, que cada participante puede variar su actitud dentro del grupo gracias a las correcciones del moderador, y en consecuencia, se podría observar que un miembro del grupo tiene una actitud al inicio del grupo totalmente distinta que al final. Aquí unos ejemplos de nominaciones al uso:

Desinteresado

Como su propio nombre indica, es aquella persona que no muestra interés sobre lo que se habla en el grupo, y además, tiende a perder el tiempo haciendo otras cosas. La actuación del conductor ante esta persona debería de ser: No decirle nada delante de sus compañeros, pero al finalizar la sesión preguntarle qué problemas le ocurren.

Enemigo

Es una persona que suele contradecir al conductor constantemente, y en la mayoría de casos sin razón alguna. Puede llegar a cuestionar la profesionalidad del conductor. La actuación ante esta persona debería de ser: Pedirle que deje hablar a los demás y que los demás miembros del grupo analicen si esta en lo cierto, o no, de lo que dice.

Payaso

La dificultad principal que se encuentra en este tipo de participantes sería el exceso de bromas y la pérdida de tiempo que desconcentra al grupo. La actuación ante esta persona debería de ser evitar prestarle atención.

Cooperador

Suele ser el mejor aliado del conductor dentro del grupo, ya que entiende la mecánica de la terapia con facilidad. El problema podría ser mostrar demasiado soporte, provocando así un enfrentamiento con el grupo.

Monopolizador

Es el tipo de persona que siempre participa de manera excesiva y no permite que los demás intervengan, incluido el propio conductor. La actuación ante esta persona debería de ser pedirle que deje a los demás participar e incluso en ocasiones no darle la palabra.

Mudo

Algunas veces, nos podemos encontrar con que haya miembros del grupo que no se acaben de encontrar cómodos y, en consecuencia, no expresen sus pensamientos ni emociones. La actuación ante esta persona debería de ser fomentar su participación y forzarlo a intervenir más.

Sabio

Debido a que conoce la materia de la cual se está hablando, quiere que se avance de manera más rápida e interviene de manera excesiva en el grupo. La actuación ante esta persona debería de ser reconducir la situación cada vez que intervenga y aprovechar sus conocimientos cuando sean realmente necesarios.

Líder

Suele ser la persona a la que el resto del grupo sigue, además tiene frecuentemente carácter cooperador. La actuación ante esta persona debería

de ser reforzarlo cuando sea necesario, y frenarlo en caso de que se exceda en cuanto a liderazgo.

Oveja negra

Es la persona a la que el resto de grupo suele ridiculizar y la cual, también suele autodenominarse como tal. La actuación ante esta persona debería de ser promover la valoración de otros aspectos que tenga más destacables.

Antagónicos

Son el tipo de miembros que suelen enfrentarse entre sí. La actuación ante esta persona debería de ser hacerles explícita la actitud distorsionadora.

3.3 Habilidades del terapeuta

Tanto el terapeuta o moderador que guía al grupo, como el profesional de la salud que lo trata, debe de tener ciertas características a la hora de interactuar con los participantes del grupo.

3.3.1 Habilidades intelectuales

Incluyen el “Saber” del profesional, y por lo tanto son las competencias más técnicas y la capacidad de respuesta ante el grupo. También abarca el tratamiento y las estrategias utilizadas de manera individual con cada paciente.

3.3.2 Habilidades personales

Incluyen el “Ser” del moderador, la cual nos hace aceptar a todo los miembros que pertenezcan al grupo, independientemente de sus problemas y sin discriminación alguna. También debemos de actuar de manera empática con cordialidad y autenticidad.

4. CONCEPTO DE “OBESIDAD MÓRBIDA”

Según los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos, el término “obesidad mórbida” se define como un sobrepeso del 50 al 100 por ciento por encima del peso corporal ideal o 100 libras (45 kg) sobre el peso corporal ideal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) padecerá obesidad mórbida, o obesidad tipo III, la persona que tenga un valor de IMC (Índice de Masa Corporal) de 40kg/m^2 o más. Se debe diferenciar el término “Obesidad” con el de “obesidad mórbida”, ya que la diferencia entre ellas la encontramos en el IMC. Un obeso tiene un IMC superior a 30 kg/m^2 [6] (Ver imagen 1).



Imagen 1. Clasificación de Índice de Masa Corporal (OMS) [6].

No es la primera vez que se realiza en España terapia de grupos con pacientes que sufren obesidad mórbida, pero sí que es la primera vez que se reúne un grupo de pacientes con obesidad mórbida en Lérida.

Por ello, se realizara el seguimiento de unos pacientes con obesidad mórbida que asisten a una terapia de grupo guiada por un especialista en Psicología Clínica y de la Salud, en atención a personas con trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), y que se encuentran a la espera de ser sometidos a cirugía bariátrica.

4.1 Causas de la obesidad mórbida

La obesidad mórbida es una enfermedad prevalente a nivel nacional y mundial, siendo responsable de una serie de complicaciones médicas, como la diabetes tipo II, la hiperlipidemia, el síndrome de apnea obstructiva y algunas neoplasias. La obesidad es una enfermedad crónica progresiva, con amenaza para la vida, multifactorial, manifestada por un exceso de grasa almacenada. Influye en la calidad de vida de los pacientes y limita su esperanza de vida.

4.1.1 Factores genéticos

Una de las principales causas de la aparición de la obesidad es el material genético de la persona, ya que la composición genética puede causar de manera directa la enfermedad. Serían el caso de trastornos de este tipo el síndrome de Prader-Willi y el de Bardet-Biedl, las cuales son dos enfermedades congénitas, es decir el paciente ya nace con dicho trastorno, y son productores de la obesidad. Por ello, se establece una asociación entre la herencia y la obesidad.

A parte de la causa genética propiamente, también puede aparecer una predisposición familiar a padecer la obesidad, y en consecuencia observaríamos familias en las que se sigue un patrón de obesidad donde el nieto, hijo, padres y abuelos son obesos.

4.1.2 Factores ambientales o Sociales

El entorno que rodea a un individuo también puede influenciar en el riesgo de padecer la obesidad. Dicho entorno abarcaría desde el hogar, el trabajo, el colegio, la comunidad, etc. Además los factores ambientales que afectarían de manera directa a la persona serían la disponibilidad y cantidad de los alimentos que pueden comprar, la actividad física que realiza y el tipo de dieta que sigue. Por ejemplo, una familia determinada que comparta probablemente unos hábitos similares, contribuirán en la incidencia (o ausencia) de obesidad en función de su dieta y del estilo de vida que sigan.

A diferencia de los factores genéticos, estos factores sí que podrían ser modificados ya que han sido adquiridos con el paso de los años.

4.1.3 Factores psicológicos

En muchos casos, en una persona con obesidad mórbida, la enfermedad puede estar causada por factores psicológicos. Ejemplos serían la depresión, la ansiedad, el estrés, los traumas, el aburrimiento, la soledad, así como la baja autoestima.

Estos factores antes señalados podrían hacer que una persona no coma de manera adecuada y además padezca algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que le derive a la obesidad. Además, también pueden provocar que la persona no se ejercite demasiado, facilitando un estilo de vida sedentario que facilitaría la aparición de la obesidad.

Los factores psicológicos probablemente, sean los más difíciles de tratar, pero con ayuda de un equipo multidisciplinar (formado en nuestro caso por un psicólogo y una dietista-nutricionista) se puede llegar a superar el problema. De esta manera, una vez identificado y tratado el problema psicológico, la persona podrá controlar su problema con la ingesta excesiva, que como hemos señalado anteriormente tendrá un elevado componente emocional, de ahí que reciba el nombre de “comer emocional”.

4.2 Efectos de la obesidad mórbida

4.2.1 Problemas físicos o de movilidad

En este tipo de pacientes, el aspecto físico tiene un papel fundamental en sus vidas, ya que padecen discriminación desde muy pequeños debido a este efecto causado por su enfermedad. Además de tener una apariencia física que suele llamar la atención al resto de la población, no somos todavía conscientes de los problemas músculo esqueléticos y articulares a los que la obesidad conlleva. Y por lo tanto, estas limitaciones nos derivarán a una disminución de la movilidad que deberían de poder realizar.

4.2.2 Problemas fisiológicos

Este tipo de efectos es con diferencia el más amplio de todos ya que a nivel fisiológico encontramos problemas en prácticamente la mayoría de los órganos del paciente. Observamos patologías cardiovasculares, inmunitarias, respiratorias, hepáticas, renales, gastrointestinales, biliares, ginecológicas, dermatológicas, oncológicas, oculares, músculo-esqueléticas, endocrinas y neurológicas.

4.2.3 Problemas psicológicos

En este caso, sería nuestro principal efecto de la obesidad mórbida ya que muchos de los pacientes padecen problemas de este tipo debido al estigma social e individual que existe actualmente tanto en los medios de televisión, redes sociales o en la misma población de las localidades. Ejemplos de este tipo de problemas son la pérdida de autoestima y de motivación, la depresión o ansiedad, la frustración, la dificultad para encontrar pareja y, en los casos más graves, el aislamiento social e incluso el suicidio.

5. CONCEPTO DE “GESTIÓN EMOCIONAL”

La OMS define la salud como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". [8]

En cambio, define la salud emocional como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. [8]

La gestión emocional o gestión de las emociones hace referencia a ser conscientes de las emociones que sentimos, aceptarlas y regularlas si es necesario. Una correcta gestión emocional posibilitará la capacidad de controlar distintas áreas de nuestras vidas [9].

Los pacientes que padecen algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, son muy propensos a tener un descontrol de la gestión emocional, y finalmente recurren a la comida como método ansiolítico o bien antidepresivo.

En nuestro caso, mediante el grupo se intentará facilitar una adecuada identificación de emociones y gestión posterior de éstas, con la finalidad de evitar el uso de la comida como vía de escape en los momentos de más estrés y ansiedad.

Para poder realizarlo, se procurará compartir experiencias y aprender a nombrar adecuadamente los estados emocionales que se han generado para después poder reconducir estas distintas situaciones, que se traducen al final en emociones. Algunas de éstas son perjudiciales para la salud, como son la ira, que acompaña el sentimiento de frustración, y que va precedido de una valoración cognitiva. A modo de decantación hay que entender el proceso de percepción, cognición, sentimientos asociados y emoción principal.

6. HIPOTESIS Y/O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema que se nos planteó fue la poca adhesión y participación en el seguimiento de un plan nutricional por parte de los pacientes que padecen obesidad mórbida y que están a la espera de ser operados de cirugía bariátrica. Pacientes a los que se les exige no ganar peso durante el proceso de evaluación y en la espera de cirugía.

Como existe frecuentemente una asociación entre el comer compulsivo y el estado de ánimo del paciente, se decide iniciar una terapia de grupo multidisciplinar para tratar de manera conjunta el problema.

En consecuencia, se propone la observación participante de una Dietista-Nutricionista en dicha terapia de grupo y, la pregunta a la que intentaremos responder será:

¿Cuál es el papel del Dietista-Nutricionista en la terapia de grupos con pacientes con Obesidad Mórbida, pendientes de someterse a cirugía bariátrica?

7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo **general** de esta investigación es determinar la importancia del papel del Dietista-Nutricionista en la terapia de grupo, en este caso con pacientes que padecen Obesidad Mórbida y que están a la espera de ser intervenidos de cirugía bariátrica. El problema aparece cuando después de intentarlo mediante diferentes dietas, los pacientes no consiguen bajar de peso debido a que han tenido algún momento de su vida crítico que les ha producido esa obsesión por la comida y no son capaces de poder controlarlo, y en consecuencia de bajar de peso. Para ello, se realizará un seguimiento, junto al psicólogo Antonio Alcántara de la evolución del grupo y de los pacientes de manera individual.

Como objetivos **específicos** del problema, encontraríamos:

1. Observar si la terapia de grupo es efectiva en los pacientes con obesidad mórbida, analizando cuantitativamente, si a nivel antropométrico los pacientes padecen algún tipo de cambio.
2. Realizar un estudio de participación del dietista-nutricionista.
3. Proponer una mejora, desde la visión profesional, sobre el papel del Dietista-Nutricionista.

8. METODOLOGÍA

Se realiza un seguimiento a un grupo de 6 personas, durante una duración de 8 meses que abarca desde Noviembre de 2017 hasta Junio de 2018. Dichos pacientes padecen obesidad mórbida y serán sometidos a una cirugía bariátrica cuando disminuyan su peso. Los participantes del grupo se reúnen los jueves de 12 a 13:30 horas en una sala habilitada del hospital Santa María, Lérida. En cada sesión se colocan las sillas en forma de círculo, facilitando así la comunicación entre todos los miembros (Imagen 2).



Imagen 2. Sala donde se realiza la terapia de grupo con cuatro de los pacientes.

Además, se propone la observación participativa definida como el tipo de observación más representativa de la observación exógena, por lo tanto, es un tipo de recogida de información utilizada mayoritariamente en la investigación cualitativa (Jociles Rubio, M. Isabel., 1999). Primeramente, se firmó el

documento de confidencialidad en el cual se deja por escrito la constancia de la realización de la terapia y además, se exige el mantenimiento en anonimato de los pacientes para este trabajo (Consultar Anexo 1).

Para poder acceder al grupo, el Dr. Alcántara citó previamente a los pacientes que él consideró que eran buenos candidatos para poder formar parte de él. Además, se tuvieron en cuenta una serie de factores de inclusión y de exclusión.

Por una parte, como **factores de inclusión** se tuvo en cuenta el aumento de peso desmesurado, provocando así la obesidad mórbida. Al igual que el comer emocional, es decir, usar la comida como ansiolítica o antidepresiva y de manera paliativa. Finalmente, se intentó que los pacientes no fuesen de las mismas localidades y evitar así que se conocieran.

Por otra parte, los **factores de exclusión** que impedirían la participación en el grupo fueron la no voluntariedad de realizar cambios tanto psicológicos como alimentarios, ya que los pacientes no están obligados en la participación del grupo.

Debido a todas las características, podríamos definir nuestro grupo como:

- **Pequeño**, ya que está constituido por un número de personas inferior a diez.
- **Homogéneo**, debido a que todos los participantes están dentro en consecuencia de una causa común, la obesidad mórbida y la imposibilidad de bajar de peso ni de controlar sus ganas de comer.
- **Abierto**, ya que conforme iba pasando el tiempo, del grupo podían entrar o salir miembros siempre y cuando se informase primero.
- **Terapéutico**, siendo no solamente informativo sino que se proporciona la posibilidad de que el grupo obtenga satisfacciones a nivel interpersonal como intrapersonal. A pesar de que de manera puntual, se realizaron un par de sesiones psicoeducativas, el carácter del grupo es terapéutico.

Conforme el tiempo pasa, el grupo va cambiando su estructura y su manera de avanzar, por ello podríamos dividir la continuación del grupo en 3 fases, el cual además encontramos temporalizado en el Anexo 2.

8.1 Período de Cohesión o Consolidación

Se inicia en el momento en el que el Dr. Alcántara cita a los pacientes el primer día y nos encontramos todos por primera vez en Noviembre de 2017. Este proceso consiste en, como su propio nombre indica, la consolidación de dicho grupo. Es el momento de las breves presentaciones ya que los participantes no se conocen entre ellos para establecer una primera toma de contacto con los demás, también se presentan los especialistas de manera breve.

El primer día se les informa de cómo deben de colocarse y se les entregan distintos documentos.

El primero es el documento informativo que incluye una explicación breve sobre el funcionamiento del grupo y las normas que tiene el grupo, las cuales deben respetar en todo momento. Además, se incluye el apartado del consentimiento informado, conforme todo lo que se ha dicho ha quedado aclarado y se acepta la participación de formar parte del grupo (Ver Anexo 3).

Dichas normas de toda terapia de grupo deben ser:

- Ser puntual, no llegar ni antes ni después de las doce.
- Comprometerse con el grupo, y por ello deben intentar acudir a todos los encuentros y de no ser así avisar con antelación.
- Mantener una actitud positiva, ser honesto con uno mismo y con los demás.
- Hacer los ejercicios o tareas, tanto dentro como fuera del espacio grupal.
- Evitar el contacto previo y posterior, conocido como pre y post-grupo.

Podríamos decir que la primera sesión es meramente informativa y por lo tanto, solamente se introdujo que temas se tratarían el grupo, el funcionamiento del grupo y como se organizaran las sesiones.

Una vez realizada la primera sesión, los pacientes eran libres de decidir si desean continuar con el grupo o prefieren no seguir el rumbo de esta actividad. En el caso de querer continuar, los citamos a la semana siguiente y debían traer con ellos el documento que se les entregó previamente firmado.

A partir de la segunda sesión, se inicia el proceso de cohesión que duró unos tres meses aproximadamente. Durante ese tiempo se buscó establecer la confianza entre los pacientes y entre el moderador y la Dietista-Nutricionista con los pacientes.

Es probable que durante esta etapa los participantes se sientan inseguros sobre la actividad que están realizando e incluso incómodos con exponer sus vidas personales.

El segundo documento que se entregó en esta sesión fue la escala HAD (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) la cual debían rellenar en casa y traer en la próxima sesión (Ver Anexo 4).

Cabe decir que cada grupo puede tardar más o menos tiempo en cohesionarse ya que variará mucho en función del compromiso de los pacientes y de la asistencia de ellos a las sesiones.

Por lo tanto, en nuestro caso esta fase finalizó en febrero y con ello, se inició la fase de construcción.

8.2 Período de Construcción

En este período se busca la resolución de los problemas que aparecen en sus vidas diarias, estén o no relacionados con la obesidad.

Normalmente, el moderador al empezar la sesión lanza una pregunta o un tema sobre el cual debatir y los participantes continúan entre ellos con la reflexión del tema.

Durante esta etapa, al estar consolidado el grupo se procura que la intervención del moderador sea menor que en sesiones anteriores y que sea el propio grupo el que se vaya moderando en sí mismo.

8.3 Período de Logro de Objetivos y Mantenimiento de pautas

Finalmente en este transcurso de tiempo se debe de observar si ha habido un logro de los objetivos establecidos al principio. Se realiza una recapitulación de los cambios que han conseguido, o no, hacer los participantes y se intenta que estos cambios se mantengan en su vida de manera permanente.

Como el grupo es de tipo abierto, el logro de los objetivos será individualizado, y por lo tanto, cuando uno de los participantes considere que está preparado para dejar de formar parte de él y que ha conseguido su meta, en nuestro caso será la disminución de peso y por ello, la posibilidad de ser operado de cirugía bariátrica, abandonará el grupo y será “despedido” de la manera adecuada.

9. EL PAPEL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL GRUPO

Actualmente, el papel del Dietista-Nutricionista es considerado una profesión sanitaria por el Artículo 7, apartado g) de la Ley 44/2003 del BOE, la cual define el empleo como: “Dietistas-nutricionistas: los Diplomados universitarios en Nutrición Humana y Dietética desarrollan actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública” (Boe.es, 2018).

Por ello, es una profesión que se encuentra, no de manera obligatoria, en los centros hospitalarios y el cual tiene su función específica en función del centro en el que se encuentre y de la política de organización de cada hospital. En nuestro caso, el papel del Dietista-Nutricionista tiene como función la participación en el seguimiento de una terapia de grupo en pacientes con obesidad mórbida y en la colaboración, junto a otro profesional de la salud especializado en Psicología, en la educación tanto emocional como nutricional.

9.1 Intervención en las sesiones grupales

Durante la evolución del grupo, el papel del nutricionista ha estado presente en todas y cada una de las sesiones que se han realizado. Siendo estas un total de unas veinte sesiones aproximadamente. El papel del Dietista-Nutricionista también ha padecido de una metamorfosis ya que su función al principio y al final del grupo ha dado un giro de ciento ochenta grados.

Primeramente, en las primeras sesiones es cierto que la intervención del Dietista-Nutricionista era más escasa debido al desconocimiento entre pacientes y profesional. Con el paso de estas, la participación en las sesiones iba incrementando y cada vez surgían más dudas a nivel nutricional. En caso de surgir alguna duda y tener absoluto desconocimiento sobre el tema, se dejaba la duda para la próxima sesión y así durante esa semana buscaba información para poder ayudarles.

9.2 Intervención personalizada

A parte de la participación grupal en el grupo, desde el primer día se les informó a los participantes que si tenían alguna consulta o duda a nivel nutricional que aprovecharan mi presencia para ello.

9.2.1 Recordatorio 24 horas

Durante las distintas sesiones se solicitó a los pacientes que trajesen un Recordatorio 24 horas (Anexo 5). Este documento consiste en cuantificar y definir durante un día entero que es lo que ingiere la persona, tanto bebidas como alimentos.

La finalidad de este tipo de cuestionario era observar cómo se alimentaban nuestros pacientes y cuantificar, a nivel calórico sus menús diarios para poder realizar después una serie de recomendaciones en función de los resultados.

9.2.2 Creencias erróneas sobre alimentación y nutrición

Además, cada paciente de manera individualizada, tenía muchas dudas sobre algunos mitos que leían por Internet o veían en televisión. Muchos de ellos creían estar en lo cierto, pero gracias al papel del Dietista-Nutricionista pudimos resolver algunos de estos mitos que tanto les preocupaba.

El primero de todos, y el que más sorprendió, fue si el consumo de agua engorda. Como en todo grupo, se lanza la pregunta y entre ellos debaten cual es la respuesta. Para mí sorpresa, la mayoría de ellos respondieron con un “Sí” rotundo, por lo tanto, se les explicó que el agua es acalórica, y por lo tanto no contiene ningún tipo de macronutriente.

Otro de los muchos mitos que surgieron fue: “El consumo de fruta por la noche engorda”. También se les explicó, que un alimento contiene las mismas calorías por la mañana o por la noche, lo único que sí que es cierto es que si después de cenar hacemos una vida sedentaria completamente, será más difícil quemar esas calorías.

Y por último, se les explicó acerca de los frutos secos. Ya que desconocían bastante sobre este tipo de producto. Ellos creían que era un tipo de alimento muy calórico, dato que es verídico, debido a su alto contenido en grasa. Pero desconocían, que son una gran fuente en ácidos grasos “saludables”, como son los ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados.

9.3 Taller informativo sobre etiquetaje

Conforme las sesiones iban avanzando, en numerosas ocasiones se pudo observar que los conocimientos de los pacientes sobre tener una buena alimentación saludable eran bastante escuetos, y muchas veces era ocasionado por el desconocimiento sobre el etiquetaje de los alimentos. Por ello, se aprovechó la imposibilidad de la asistencia del Dr. Alcántara a una de las sesiones para realizar un taller informativo e interactivo sobre el etiquetaje de los alimentos.

La semana previa a la sesión se les informó a los pacientes sobre la posibilidad de realizar un taller informativo y aceptaron la propuesta. Además se les solicitó que trajesen etiquetas de alimentos que tuvieran por casa para realizar entre todos un análisis de las etiquetas.

Para poder realizar el taller, me acompañó la enfermera Cristina Flix, del Hospital de Día Santa María y firmamos un acuerdo para que quedase constancia de que en todo momento estuve acompañada por un profesional de la salud.

Debido a la ausencia del Dr. Alcántara solamente asistieron tres participantes, pero fueron suficientes para poder hacer el taller. Iniciamos la sesión, como en todas las anteriores, colocándonos en círculo y presentando a Cristina.

Seguidamente, procedí a la explicación de cómo leer e interpretar las distintas etiquetas que yo les había traído, y también de etiquetas de productos que ellos tenían por casa y desconocían si eran, o no, saludables. Empezamos con la explicación de que, en la mayoría de ocasiones, las tablas nutricionales de

las etiquetas son por cada 100 gramos de producto, y por lo tanto se debe de ajustar a la cantidad de producto que ingieres, dato que ellos desconocían absolutamente.

Posteriormente, procedimos a la explicación de “El plato Saludable” que se muestra a continuación (Imagen 3). El cual fue creado por nutricionistas de la Escuela de Salud Pública de Harvard, y sirve como guía para elaborar comidas saludables y equilibradas, servidas en un plato (Ver anexo 6) [12]. El plato saludable, consta de una mitad de verduras, hortalizas y fruta, un cuarto de cereales integrales y el último cuarto de proteínas saludables (como las legumbres, la carne blanca y el pescado). Además, se recomienda el uso de Aceite de Oliva para cocinar, el consumo de agua diaria y promociona la realización de actividad física.



Imagen 3. Sesión informativa con los pacientes.

10. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con respecto al **Objetivo 1**, se les introdujo el concepto de “IMC grupal”, el cual podríamos definir como la media de todos los IMC de los integrantes del grupo.

Por ello, se realizó un seguimiento de todos los pesos de manera individualizada y de manera conjunta, reflejado en el IMC grupal (Tabla 1 y 2).

| | Edad | Peso | Altura |
|-------------------|------|-------|--------|
| Paciente 1 | 59 | 130 | 1,58 |
| Paciente 2 | 54 | 115,6 | 1,70 |
| Paciente 3 | 32 | 145,3 | 1,60 |
| Paciente 4 | 57 | 143 | 1,73 |
| Paciente 5 | 62 | 115 | 1,70 |
| Paciente 6 | 63 | 125 | 1,61 |

Tabla 1. Recopilación de datos de los pacientes.

| | Noviembre 2017 | IMC Noviembre | Abril 2018 | IMC Abril | Junio 2018 | IMC Junio |
|-------------------|-------------------|------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| Paciente 1 | 130 | 52,07 | 123 | 49,27 | 120 | 48,07 |
| Paciente 2 | 115,6 | 40,00 | 113 | 39,10 | 114 | 39,45 |
| Paciente 3 | 154 | 56,76 | 145 | 56,64 | 144 | 56,25 |
| Paciente 4 | 143 | 47,78 | 139,5 | 46,61 | 140 | 46,78 |
| Paciente 5 | 121 | 39,79 | 113 | 39,10 | 111 | 38,41 |
| Paciente 6 | 125 | 48,22 | 128 | 49,38 | 129 | 49,77 |

Tabla 2. Recopilación de la evolución del peso de los pacientes.

Se decidió hacer tres tomas de muestras con el fin de que los propios pacientes no se obsesionasen con su peso ni con la báscula. Debido a la imposibilidad de conseguir una báscula, cada paciente se pesaba siempre en la misma báscula de la farmacia más cercana, evitando así sesgos en los resultados.

Con los datos obtenidos, representamos la evolución del IMC grupal en función de las tres tomas de peso que se solicitaron a los pacientes (Figura 1).

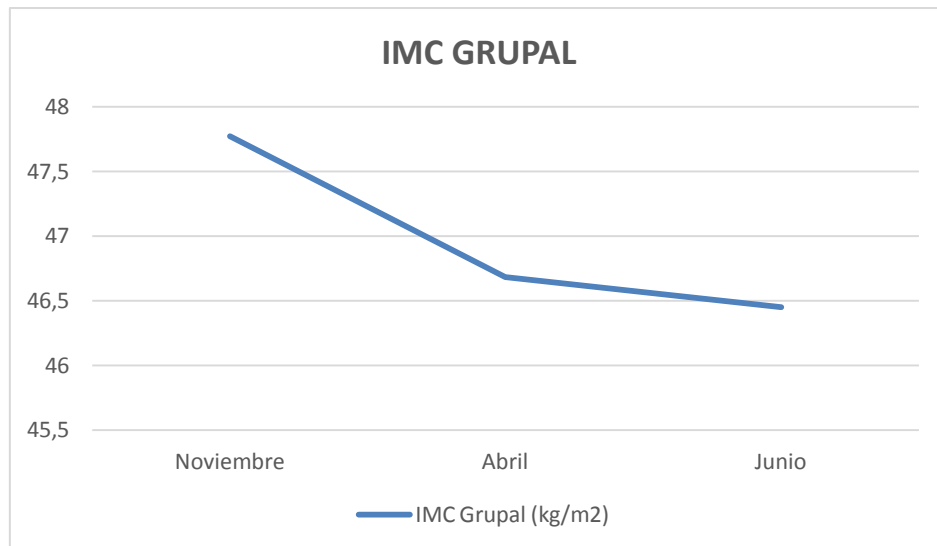


Figura 1. Evolución del IMC grupal.

Como podemos observar, el peso de cada uno de los participantes ha ido aumentando y disminuyendo. Esto se podía ver afectado en función de cómo se encontrasen los pacientes, a nivel emocional, en ese momento puntual de sus vidas. Pero en general, observamos que si hacemos una media de todos los IMC, la diferencia de este ha sido de 1Kg/m², y por lo tanto, pasamos de tener un IMC grupal de 47,44 Kg/m² a 46,45Kg/m², un dato favorable para el grupo. Con estos datos, se diseñó un poster informativo y fue presentado en la I Jornada Catalana de Psicoterapia Grupal y Psicodrama realizada el 25 y 26 de Mayo de 2018 en el campus de la Universidad de Barcelona (Ver Anexo 7).

Es cierto que en función del paciente nos ha hecho aumentar o disminuir esta media, y pacientes que han sufrido una gran disminución de su peso han sido contrarrestados con otros que lo han mantenido o incluso lo han aumentado. El fin de establecer el concepto de IMC grupal, sería el interés de disminuirlo de manera conjunta para que así haya una motivación y un remordimiento de conciencia por parte de los pacientes.

Por ello, podemos determinar que ha habido una disminución, o mantenimiento, de su peso, en cuatro de los seis pacientes, como podemos observar en las Figuras 2-7 de a continuación.

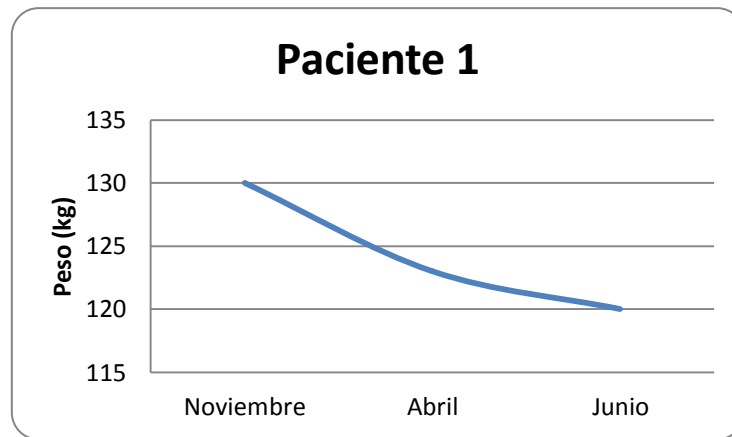


Figura 2. Evolución del peso del Paciente 1.

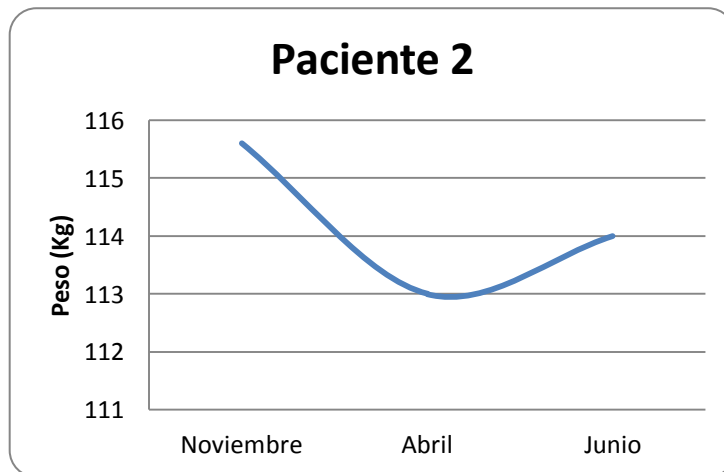


Figura 3. Evolución del peso del Paciente 2.

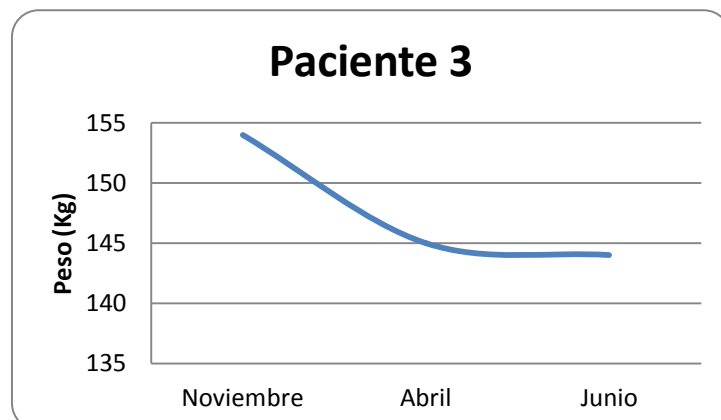


Figura 4. Evolución del peso del Paciente 3.



Figura 5. Evolución del peso del Paciente 4.

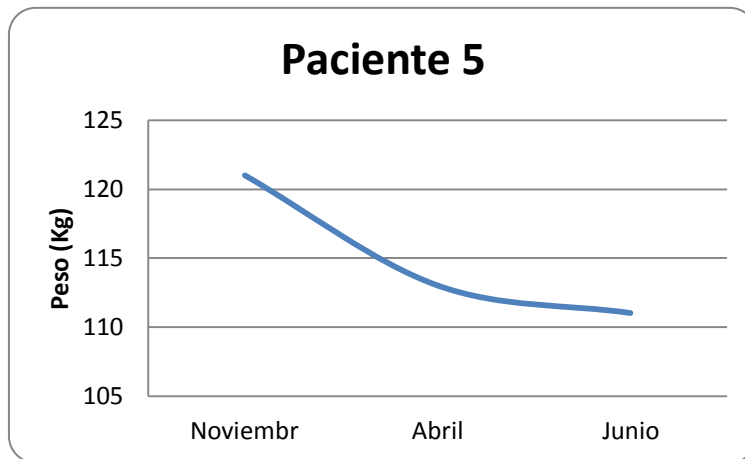


Figura6. Evolución del peso del Paciente 5.

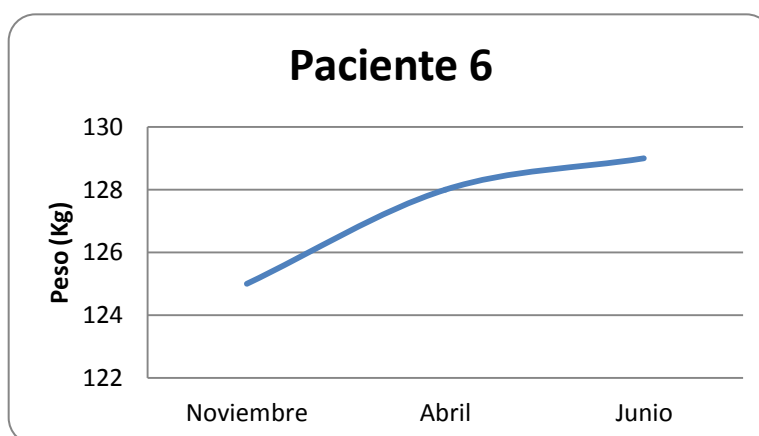


Figura 7. Evolución del peso del Paciente 6.

Por lo tanto, establecemos que un 66,67% de los pacientes han disminuido su peso desde que iniciaron la terapia de grupo, y por el contrario un 33,33% ha incrementado su peso. Cabe destacar, que al tener un tamaño de muestra pequeños nuestros datos no pueden considerarse como estadísticamente representativos. Si lo comparamos con un estudio realizado por el Hospital de Alcorcón en adolescentes con obesidad en 2007, el tamaño de nuestra muestra es mucho más pequeño (50 adolescentes en frente a nuestros 6 pacientes), y además, ellos obtuvieron un 10% de aumento de peso en frente a nuestro 33,33% [12].

Gracias a la página “Easy Diet”, se introdujeron los resultados del recordatorio 24 horas, individualmente, como dieta por gramajes (Consultar Anexo 8), y la aplicación cuantificó automáticamente el valor calórico y la cantidad de macro y micronutrientes de los alimentos que consumen (Tabla 3).

| | Glúcidos | Lípidos | Proteínas |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| Paciente 1 | 66,0% | 12,7% | 21,3% |
| Paciente 2 | 42,2% | 37,1% | 20,7% |
| Paciente 3 | 45,8% | 29,4% | 24,8% |
| Paciente 4 | 52,6% | 20,9% | 26,6% |
| Paciente 5 | 39,7% | 42,2% | 18,1% |
| Paciente 6 | 45,4% | 24,9% | 29,7% |
| Promedio | 48,6% | 27,9% | 23,5% |

Tabla 3. Valores individualizados y promedio de glúcidos, lípidos y proteínas en la ingesta de 24 horas de los pacientes.

En función del resultado obtenido con “Easy diet”, nos sorprendió que la media de calorías diarias consumidas por los seis pacientes fuese de 1.200, ya que para el estado de obesidad mórbida en el que se encuentran deberían de estar consumiendo mucha más cantidad de alimentos. Esto nos lleva a pensar que los pacientes no dijese la verdad en todo momento, dato que nos dificultaría la fiabilidad de sus recordatorios 24 horas. De toda manera, se realizó un documento con distintos consejos y cambios para tener unos hábitos

saludables, ya que la mayoría de integrantes cometían errores muy similares en sus comidas (Ver anexo 9). Principalmente, padecían un descontrol en sus horarios, hecho que implica que se produzca una alteración del reloj biológico y, en consecuencia, de su apetito.

Con respecto al **Objetivo 2**, se fue anotando tanto la participación del Dietista-Nutricionista cómo la del moderador en las terapias, haciendo así un recuento para cuantificar dicha intervención.

Observamos que si hacemos un análisis cada dos meses, la participación empezó siendo de una intervención enfrente a unas ocho del moderador, en cambio, finalmente, la participación del D-N ha sido de unas cinco veces por sesión aproximadamente.

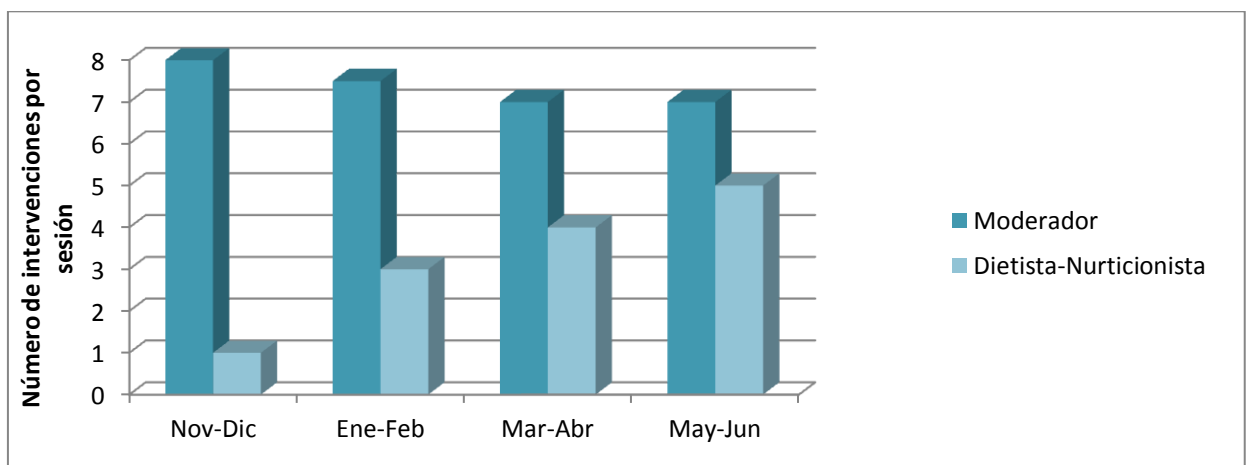


Tabla 4. Participación del Moderador y del Dietista-Nutricionista en las sesiones realizadas durante los meses de Noviembre a Junio.

Por lo tanto, como se observa en la Tabla 4, la participación del D-N en la terapia de grupo ha ido incrementando conforme pasaban las sesiones, debido a que los pacientes al inicio de las sesiones sentían la necesidad de ser ayudados a nivel psicológico, en cambio, más al cabo de unos meses necesitaban un tipo de ayuda a nivel nutricional para resolverles las dudas que surgían sobre nutrición y alimentación.

Con respecto al **Objetivo 3**, se observó desde un primer momento que el papel del Dietista-Nutricionista para todos los integrantes había sido siempre una persona con un fin restrictivo, al cual temían, pero que consideraban necesario en el sistema sanitario. En varias ocasiones durante las diferentes sesiones se fue hablando de diversos temas relacionados con la nutrición, la alimentación y sobre el papel que tiene el Dietista-Nutricionista en la sociedad y en los centros hospitalarios.

El problema aparecía cada vez que se hablaba de la comida con los pacientes y estos la denominaban como su mayor enemigo. Se les hizo entender que la comida no es más que un elemento neutro y necesario para su día a día y para realizar las necesidades fisiológicas. Por ello es importante identificar el tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) que cada paciente presenta para poder tratarlo de una manera u otra. En nuestro grupo, se observaron principalmente el Síndrome de picoteo y el Síndrome de Ingestión nocturna. En todo caso, se les recomendó intentar hacer 5 o 6 colaciones de pequeñas cantidades para evitar crisis de ansiedad por la comida y mantener unos niveles de glucosa estables, evitando así también

Además, es fundamental remarcar la importancia del equipo multidisciplinar necesario para tratar con este tipo de pacientes. Por un lado, cabe destacar el equipo de salud mental (Psiquiatría, Psicología, Enfermería y Terapia ocupacional), los cuales tienen su principal función de reconocer el problema que actúa como percutor de la aparición de la obesidad mórbida y además de proporcionar las herramientas necesarias para solventarlo de manera permanente. En nuestro caso el principal papel del Dietista-Nutricionista dentro del equipo, a partir de la asistencia en las sesiones, creemos que debería de ser de implantación progresiva en la Sanidad Pública por diversas razones:

En primer lugar, hay una falta de educación nutricional en la sociedad y por lo tanto en nuestros pacientes con obesidad mórbida que se tuvieron que resolver en todas las sesiones. Además, se han tenido que desmentir una elevada cantidad de mitos y creencias erróneas de las que no se les proporciona información certera y ellos mismos dudaban.

En segundo lugar, existe también una falta de información sobre la lectura e interpretación del etiquetado de alimentos y por lo tanto, cuando un enfermero/a, médico/a endocrino/a o un propio dietista-nutricionista, les informa de lo esencial que es seguir una buena alimentación y consumir productos saludables, si ellos no saben cómo hacerlo es muy difícil que haya una completa efectividad de sus planes nutricionales.

Finalmente, cabe destacar la gran importancia del trabajo realizado por el dietista-nutricionista a nivel de la terapia de grupo como a nivel sanitario en general. Es un oficio que aparte de analizar y realizar dietas y menús para todo tipo de pacientes de manera individualizada en función de las patologías y las características de cada uno, también somos los encargados de defender como buenos profesionales el lugar que merecemos.

Otro aspecto analizado durante las distintas sesiones de la terapia fue saber la opinión de los pacientes y sus diferentes puntos de vista sobre el papel del Dietista-Nutricionista. Llegaron a la conclusión de que no hay estipulada, aún, una misma metodología dentro del sistema sanitario para este tipo de pacientes en concreto. Es decir, los pacientes con obesidad mórbida han pasado previamente por muchos profesionales de la salud que les han aconsejado diversas dietas, pero en la mayoría de casos no han sido planes nutricionales personalizados para su caso, sino dietas generalizadas.

Asimismo, entre profesionales hay una gran contrariedad de opiniones probablemente debido a la falta de estudios sobre la materia o debido también al propio criterio proporcionado por la experiencia de cada uno, este hecho les produce una constante sensación de duda y de desconfianza en la realización de una nueva dieta proporcionada por el profesional sanitario.

También se mencionó en varias ocasiones la importancia que tendría para ellos el tener el servicio de un dietista-nutricionista mucho más accesible para realizar consultas o dudas que les surjan durante la realización de su dieta y así no tener que esperar a pedir hora en el ambulatorio. Esto facilitaría el completo seguimiento de sus dietas y una mayor respuesta.

11. CONCLUSIONES

En **respuesta a los objetivos específicos** establecidos:

1. En base a los resultados obtenidos, se ha observado una disminución o mantenimiento de su peso inicial de los pacientes, a pesar de ser un grupo pequeño y por lo tanto, ser una muestra poco representativa estadísticamente.
2. La participación del Dietista-Nutricionista ha ido en aumento conforme las sesiones han ido evolucionando mientras que la participación del moderador se ha mantenido estable con el paso de estas.
3. Se ha determinado de elevada importancia la del papel del Dietista-Nutricionista tanto en la terapia de grupo como en el sistema sanitario, que tiene para los pacientes debido al incremento de la comprensión y el aprendizaje sobre la materia.

En base a los objetivos planteados al principio de nuestro trabajo, podemos determinar como **conclusión general** que el papel del Dietista-Nutricionista sería imprescindible en las terapias de grupo y estrictamente necesario.

Por lo tanto, podemos concluir, de forma general, que en función de los resultados obtenidos la terapia de grupo ayuda a la disminución (o como mínimo al mantenimiento) del peso corporal en pacientes con obesidad mórbida que están a la espera de ser tratados de cirugía bariátrica, gracias tanto al papel del Dietista-Nutricionista como al del Psicólogo Clínico.

12. REFLEXIONES

Sin duda alguna, esta experiencia ha sido muy enriquecedora tanto a nivel profesional como a nivel personal.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias al Dr. Alcántara por la confianza que depositó en mí al contar conmigo para formar parte de este proyecto y por la pasión y entusiasmo que él ha depositado en el grupo y en la nutrición.

Por supuesto, en segundo lugar, agradecer a todos los integrantes del grupo, ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible. Cada uno de ellos, han sido un ejemplo de disciplina, valentía y coraje para mí. Me han hecho darme cuenta de lo importante que es para ellos el papel del Dietista-Nutricionista, aunque en ocasiones le teman. Desde el minuto uno, me trataron como una profesional de la salud más, y respetaron en todo momento mi profesión a pesar de la evidente diferencia de edad.

Finalmente, debo agradecerles a mis padres toda la confianza que han tenido en mí y por no dejarme caer nunca. Y a ti, Manel, porque sin decir nunca nada siempre me lo has dicho todo.

Solamente espero, que todos los pacientes se “nutriesen” de mis conocimientos y de mis ganas de poder ayudar a los demás. Un día, Antonio me leyó una frase que uno de sus pacientes con obesidad mórbida le dijo, y la cual fue: *“Me di cuenta que había más puertas además que la de la nevera”*. Ojala y todos ellos sigan abriendo muchas puertas y que cierren muchas otras, pero sin duda yo hoy cierro la mía aquí llena de tristeza pero de orgullo por todos los logros que han conseguido y por hacerme ver que es lo que realmente me entusiasma, poder ayudar a los demás.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PSICOMED - TERAPIA DE GRUPO

En el texto: [1] **Bibliografía:** 1. PSICOMED - Terapia de grupo [Internet].
Disponible en: http://www.psicomed.net/t_grupo.html

2. TERAPIA DE GRUPO

En el texto: [2] **Bibliografía:** 2. Terapia de grupo [Internet]. Es.wikipedia.org.
2018. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_de_grupo

3. DÍAZ PORTILLO, I. – BASES DE LA TERAPIA DE GRUPO

En el texto: (Díaz Portillo, 2000) **Bibliografía:** Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax.

4. VINOGRADOV, S. Y YALOM, I.D. – GUÍA BREVE DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

En el texto: (Vinogradov y Yalom, 1996) **Bibliografía:** Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de la psicoterapia de grupo*.

5. BIBLIOTECA DE SALUD - SANITAS.ES

En el texto: [5] **Bibliografía:** 5. BIBLIOTECA DE SALUD - sanitas.es [Internet].
Disponible en:
<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/index.html>

6. MANUEL MORENO G. (2012) - DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD.

Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

En el texto: [6] **Bibliografía:** 6. Manuel Moreno G. (2012). Definición y clasificación de la obesidad.

7. REVISTA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA

En el texto: [6] **Bibliografía:** 6. REVISTA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA [Internet]. Revistaclinicacontemporanea.org. 2018. Disponible en: <http://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2014v5n1a4.pdf>

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION

En el texto: [8] **Bibliografía** 8.WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. Who.int/ Disponible en: <http://www.who.int/>

9. UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA

En el texto: [9] **Bibliografía** 9. UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA [Internet]. Uab.cat. Disponible en: <http://www.uab.cat/web/conoce-la-uab/itinerarios/campus-sis/gestion-de-las-emociones-1345668503075.html>

10. JOCILES RUBIO, M. ISABEL. (1999).

Observación participante y distancia antropológica. *Revista De Dialectología y Tradiciones Populares*, 54 (2), 5.

11. BOE.ES - DOCUMENTO CONSOLIDADO BOE-A-2003-21340

En el texto: (Boe.es, 2018) **Bibliografía:** Boe.es. (2018). *BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2003-21340*. [online] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>.

12. EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

En el texto: [12] **Bibliografía:** 12. *El Plato para Comer Saludable* [online]. Hsph.harvard.edu. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/>

**13.B. BONET SERRAA, B, A. QUINTANAR RIOJAA, L. SENTCHORDI
MONTANÉA, D. LINDO GUTARRAA, J. PÉREZ-LESCURE PICARZOA
Y J. MARTÍNEZ ORGADOA (2007).**

Terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad infantil. *Área de Pediatría y Neonatología. Fundación Hospital Alcorcón. Facultad de Medicina. Universidad San Pablo-CEU. Madrid. España.*

ANEXOS

Anexo 1. Documento de Confidencialidad.



**Gestió de
Serveis Sanitaris**

Alcalde Rovira Roure, 44
25198 Lleida
Tel. 973 72 72 22 - Fax 973 72 72 23

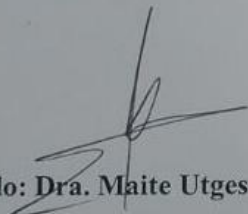
Jo, **Dra Maite Utges**, com a Cap/Responsable del area de consultes externes del Servei de Psiquiatria i Salut Mental del Hospital Universitari Santa Maria de Lleida.

Que he estat informada que la alumna de la Universitat de Lleida (UdL) **Patricia Munera Muñoz**, amb **DNI 45962298**, ha estat participant en activitat formativa com a part del seu Treball de fi de Grau de Nutrició i Dietètica Humana, (Facultat de Medicina) en un treball de observadora de sessions crupals que s'han realitzat durant aquest any amb el títol de "*obesitat, alimentació i gestió d'emocions*" per part del Psicòleg clínic, **Dr. Antonio Alcántara**.

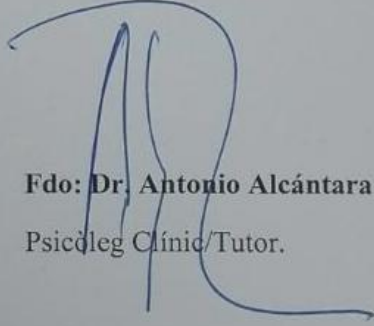
INFORMO, que aquesta activitat està subjecta al compliment per les parts del compromís/deure de tenir especial cura de la confidencialitat sobre les informacions particulars sorgides dintre d'aquest context.

Afegeixo que el Dr. Alcántara, en la seva doble vessant, com a psicoterapeuta i professor/tutor de la UdL, es el responsable de que al TFG no consti dada que pugui identificar a cap pacient.

Per concloure, co-signo aquest document, en Lleida, a 29 de maig de 2018.


Fdo: Dra. Maite Utges

Cap/Responsable de Consultes Externes


Fdo: Dr. Antonio Alcántara.

Psicòleg Clínic/Tutor.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Anexo 2. Calendario

| | | | | | | |
|-------------------------|------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| <u>NOVIEMBRE</u> | | MIÉRCOLES 1 | JUEVES 2 | VIERNES 3 | SÁBADO 4 | DOMINGO 5 |
| | | | | | | |
| LUNES 6 | MARTES 7 | MIÉRCOLES 8 | JUEVES 9 | VIERNES 10 | SÁBADO 11 | DOMINGO 12 |
| | | | | | | |
| LUNES 13 | MARTES 14 | MIÉRCOLES 1 | JUEVES 16 | VIERNES 17 | SÁBADO 18 | DOMINGO 19 |
| | | | PRIMERA SESIÓN | | | |
| LUNES 20 | MARTES 21 | MIÉRCOLES 22 | JUEVES 23 | VIERNES 24 | SÁBADO 25 | DOMINGO 26 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 27 | MARTES 28 | MIÉRCOLES 29 | JUEVES 30 | | | |
| | | | SESIÓN | | | |

Período de Cohesión

Período de Construcción

Período de Mantenimiento

DICIEMBRE

| | | | | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | | | | VIERNES 1 | SÁBADO 2 | DOMINGO 3 |
| | | | | | | |
| LUNES 4 | MARTES 5 | MIÉRCOLES 6 | JUEVES 7 | VIERNES 8 | SÁBADO 9 | DOMINGO 10 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 11 | MARTES 12 | MIÉRCOLES 13 | JUEVES 14 | VIERNES 15 | SÁBADO 16 | DOMINGO 17 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 18 | MARTES 19 | MIÉRCOLES 20 | JUEVES 21 | VIERNES 22 | SÁBADO 23 | DOMINGO 24 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 25 | MARTES 26 | MIÉRCOLES 27 | JUEVES 28 | VIERNES 29 | SÁBADO 30 | DOMINGO 31 |
| | | | NAVIDAD | | | |

| LUNES 1 | MARTES 2 | MIÉRCOLES 3 | JUEVES 4 | VIERNES 5 | SÁBADO 6 | DOMINGO 7 |
|----------|-----------|--------------|--------------|------------|-----------|------------|
| | | | NAVIDAD | | | |
| LUNES 8 | MARTES 9 | MIÉRCOLES 10 | JUEVES 11 | VIERNES 12 | SÁBADO 13 | DOMINGO 14 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 15 | MARTES 16 | MIÉRCOLES 17 | JUEVES 18 | VIERNES 19 | SÁBADO 20 | DOMINGO 21 |
| | | | | | | |
| LUNES 22 | MARTES 23 | MIÉRCOLES 24 | JUEVES 25 | VIERNES 26 | SÁBADO 27 | DOMINGO 28 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 29 | MARTES 30 | MIÉRCOLES 31 | <u>ENERO</u> | | | |
| | | | | | | |

FEBRERO

| | | | | | | |
|----------|-----------|--------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | | JUEVES 1 | VIERNES 2 | SÁBADO 3 | DOMINGO 4 |
| | | | | | | |
| LUNES 5 | MARTES 6 | MIÉRCOLES 7 | JUEVES 8 | VIERNES 9 | SÁBADO 10 | DOMINGO 11 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 12 | MARTES 13 | MIÉRCOLES 14 | JUEVES 15 | VIERNES 16 | SÁBADO 17 | DOMINGO 18 |
| | | | | | | |
| LUNES 19 | MARTES 20 | MIÉRCOLES 21 | JUEVES 22 | VIERNES 23 | SÁBADO 24 | DOMINGO 25 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 26 | MARTES 27 | MIÉRCOLES 28 | | | | |
| | | | | | | |

MARZO

| | | | | | | |
|----------|-----------|--------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | | JUEVES 1 | VIERNES 2 | SÁBADO 3 | DOMINGO 4 |
| | | | | | | |
| LUNES 5 | MARTES 6 | MIÉRCOLES 7 | JUEVES 8 | VIERNES 9 | SÁBADO 10 | DOMINGO 11 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 12 | MARTES 13 | MIÉRCOLES 14 | JUEVES 15 | VIERNES 16 | SÁBADO 17 | DOMINGO 18 |
| | | | | | | |
| LUNES 19 | MARTES 20 | MIÉRCOLES 21 | JUEVES 22 | VIERNES 23 | SÁBADO 24 | DOMINGO 25 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 26 | MARTES 27 | MIÉRCOLES 28 | JUEVES 29 | VIERNES 30 | SÁBADO 31 | |
| | | | | | | |

ABRIL

| |
|-----------|
| DOMINGO 1 |
| |

| | | | | | | |
|----------|-----------|--------------|-----------|------------|-----------|------------|
| LUNES 2 | MARTES 3 | MIÉRCOLES 4 | JUEVES 5 | VIERNES 6 | SÁBADO 7 | DOMINGO 8 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 9 | MARTES 10 | MIÉRCOLES 11 | JUEVES 12 | VIERNES 13 | SÁBADO 14 | DOMINGO 15 |
| | | | | | | |
| LUNES 16 | MARTES 17 | MIÉRCOLES 18 | JUEVES 19 | VIERNES 20 | SÁBADO 21 | DOMINGO 22 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 23 | MARTES 24 | MIÉRCOLES 25 | JUEVES 26 | VIERNES 27 | SÁBADO 28 | DOMINGO 29 |
| | | | | | | |
| LUNES 23 | | | | | | |
| | | | | | | |

MAYO

| | MARTES 1 | MIÉRCOLES 2 | JUEVES 3 | VIERNES 4 | SÁBADO 5 | DOMINGO 6 |
|----------|-----------|--------------|-------------------------------------|------------|-----------|------------|
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 7 | MARTES 8 | MIÉRCOLES 9 | JUEVES 10 | VIERNES 11 | SÁBADO 12 | DOMINGO 13 |
| | | | | | | |
| LUNES 14 | MARTES 15 | MIÉRCOLES 16 | JUEVES 17 | VIERNES 18 | SÁBADO 19 | DOMINGO 20 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 21 | MARTES 22 | MIÉRCOLES 23 | JUEVES 24 | VIERNES 25 | SÁBADO 26 | DOMINGO 27 |
| | | | | | | |
| LUNES 28 | MARTES 29 | MIÉRCOLES 30 | JUEVES 31 | | | |
| | | | SESIÓN INFORMATIVA ETIQUETAJE | | | |

JUNIO

| | | | | | | |
|----------|-----------|--------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|
| | | | | VIERNES 1 | SÁBADO 2 | DOMINGO 3 |
| | | | | | | |
| LUNES 4 | MARTES 5 | MIÉRCOLES 6 | JUEVES 7 | VIERNES 8 | SÁBADO 9 | DOMINGO 10 |
| | | | | | | |
| LUNES 11 | MARTES 12 | MIÉRCOLES 13 | JUEVES 14 | VIERNES 15 | SÁBADO 16 | DOMINGO 17 |
| | | | SESIÓN | | | |
| LUNES 18 | MARTES 19 | MIÉRCOLES 20 | JUEVES 21 | VIERNES 22 | SÁBADO 23 | DOMINGO 24 |
| | | | | | | |
| LUNES 25 | MARTES 26 | MIÉRCOLES 27 | JUEVES 28 | VIERNES 29 | SÁBADO 30 | |
| | | | ÚLTIMA SESIÓN (VALORACIÓN) | | | |

Anexo 3. Documento informativo y consentimiento informado.



**Gestió de
Serveis Sanitaris**

Alcalde Rovira Roure, 44
25198 Lleida
Tel. 973 72 72 22 - Fax 973 72 72 23

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Grupo: Obesidad, alimentación y gestión emocional.

Información para participantes en dinámicas grupales. Conceptos básicos para pacientes en el programa de intervención en obesidad. Dirigido a personas con obesidad y problemas de gestión emocional que repercuten en la ingesta y secundariamente en el aumento de peso.

Paciente diana: La psicoterapia de grupo, al igual que la psicoterapia individual, está destinada a ayudar a las personas que desean mejorar sus habilidades para afrontar los problemas (en nuestro caso los que están relacionados con la obesidad). El **objetivo** de la psicoterapia de grupo es ayudar a resolver las dificultades y estimular el desarrollo personal de los participantes.

Los **terapeutas** eligen como candidatos para el grupo a aquellas personas que puedan beneficiarse de este tipo de terapia, así como los que puedan tener una influencia útil para otros miembros del grupo.

Formato: El grupo (el pequeño grupo) en general lo conforman unas 8 personas. La periodicidad es semanal o bien quincenal. El espacio común es estable, así como el horario de encuentro. En nuestro caso el espacio será la Capilla del Hospital y el horario de 12 a 13:30h. El día de la semana elegido es el jueves.

Como **normas** principales tenemos las siguientes:

- *Se puntual. (ni antes, ni después).*
- *Compromiso con el grupo. Acude a todos los encuentros que puedas. Si no es así, avisa para no generar malos entendidos en el grupo. Recuerda también que 2 faltas continuadas sin justificar son motivo de alta por desvinculación.*
- *Mantén una actitud positiva. Trata de ser honesto contigo mismo y con los demás. Se respetuoso en palabras y en comportamiento. Es un espacio de aprendizaje en el que se encuentran las palabras y sus modos.*
- *Haz los ejercicios o tareas, tanto dentro como fuera del espacio grupal.*
- *Evita el contacto previo y posterior (Conocido como pre y post-grupo).*

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Tras leer lo anterior y poder exponer mis dudas sobre el proceso a los terapeutas, firmo el siguiente compromiso con el grupo, en Lleida, a ... de del año 201....

Fdo:



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Anexo 4. Escala HAD.



Acta Psiquiàtrica Scandinavica 67, 361, 1983 Copyright

DOBLAR POR AQUÍ

ESCALA H.A.D.

NOMBRE: FECHA:

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen en el margen izquierdo. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Ciertamente, igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente, algo menos
- Actualmente, mucho menos
- Actualmente, en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

A
3
2
1
0

D
0
1
2
3

A
3
2
1
0

D
0
1
2
3

A
3
2
1
0

D
3
2
1
0

A
0
1
2
3

| | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| D 3 2 1 0 | A 0 1 2 3 | Me siento lento/a y torpe: Gran parte del día A menudo A veces Nunca |
| D 3 2 1 0 | A 3 2 1 0 | Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el brazo: Nunca Sólo en algunas ocasiones A menudo Muy a menudo |
| D 0 1 2 3 | A 3 2 1 0 | He perdido el interés por mi aspecto personal: Completamente No me cuido como debería hacerlo Es posible que no me cuido como debiera Me cuido como siempre lo he hecho |
| D 0 1 2 3 | A 3 2 1 0 | Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: Realmente mucho Bastante No mucho En absoluto |
| D 0 1 2 3 | A 3 2 1 0 | Espero las cosas con ilusión: Como siempre Algo menos que antes Mucho menos que antes En absoluto |
| D 0 1 2 3 | A 3 2 1 0 | Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: Muy a menudo Con cierta frecuencia Raramente Nunca |
| D 0 1 2 3 | A 3 2 1 0 | Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de ra dio: A menudo Algunas veces Pocas veces Casi nunca |

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta.

Espacio a rellenar por el hospital

D (8-10)

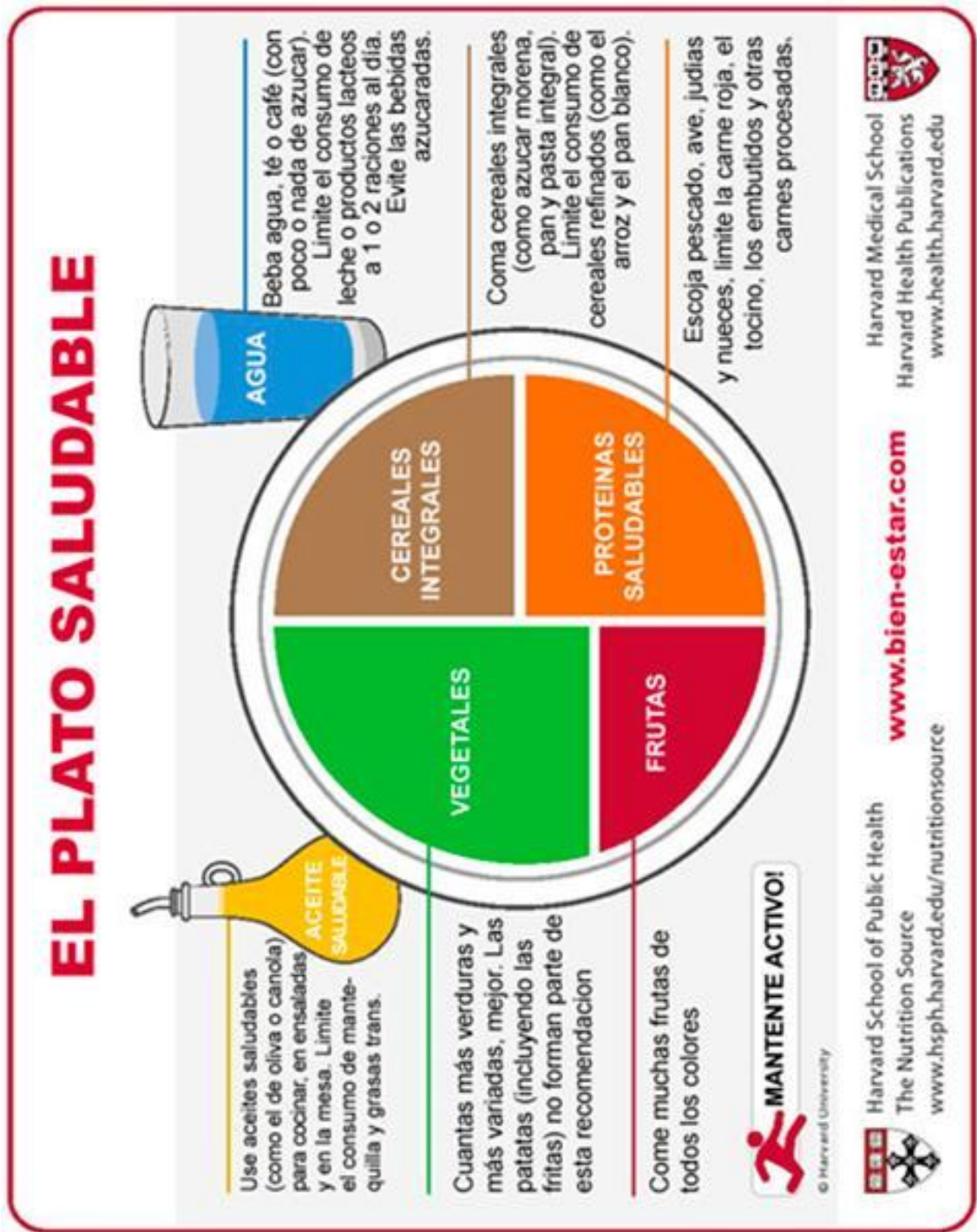
A (8-10)

Anexo 5. Recordatorio 24 horas.

Nombre:

Fecha: / /

| | Hora | Lugar | Alimentos | Porciones | Marcas | Forma de preparación |
|--------------|------|-------|-----------|-----------|--------|----------------------|
| Desayuno | | | | | | |
| Media mañana | | | | | | |
| Almuerzo | | | | | | |
| Merienda | | | | | | |
| Media tarde | | | | | | |
| Cena | | | | | | |
| Colaciones | | | | | | |

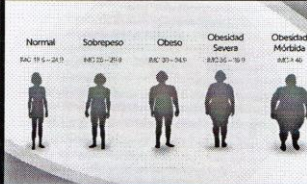


Anexo 7. Poster presentado en la I Jornada Catalana de Psicoterapia Grupal y Psicodrama.

Intervención grupal en pacientes obesos mórbidos: Creación y aplicación del concepto *IMC-Grupal*

Introducción

La obesidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de grasa corporal, asociada a un mayor riesgo para la salud. La clasificación de la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal o IMC que es la relación entre el peso en kg y el cuadrado de la altura en metros. Se considera obesidad a partir de un IMC de 30 y obesidad mórbida cuando es superior a 40. (ver gráficos). Para los pacientes obesos mórbidos, además de la dieta y cambio de hábitos, existe la opción quirúrgica para bajar peso, denominada cirugía bariátrica, conocida popularmente como "reducción de estómago". Concretamente, en la provincia de Lleida, el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) dispone de un protocolo que vincula al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Santa María (HUSM), trabajando conjuntamente en la evaluación psicológica prequirúrgica de los pacientes con voluntad de esta cirugía. En estas evaluaciones, además de detectar trastornos alimentarios específicos (TCA,s) apreciamos también comer emocional, ya sea ansiolítico o antidepresivo.



$IMC = \text{peso en kg} / \text{altura en metros al cuadrado}$

$IMC\text{-Grupal} = \text{Suma de los IMC individuales} / n^{\circ} \text{ de individuos}$

Objetivo, formato de grupo y creación del IMC-Grupal

El objetivo es ofrecer la modalidad grupal de psicoterapia a pacientes candidatos a esta cirugía y que presentan comer emocional. La hipótesis de trabajo: El formato grupal permite el encuentro de personas con problemática de obesidad extrema. Creemos que la cohesión, el análisis y trabajos experienciales en grupo, junto a un objetivo común, favorecerán el cambio. Creación del concepto Índice de Masa Corporal Grupal (IMC-Grupal): Se aprecia que los pacientes presentan en su discurso un malestar ligado a la "tiranía de la báscula". Estos "dietantes crónicos" rechazan el sistema de refuerzo y castigo que viene siendo asociado a bajar o subir peso, reconociendo mas adecuada la referencia a su IMC. Se planteó en sesión grupal la posibilidad de trasladarles cada 2 sesiones el resultado del IMC-Grupal, que es la suma de todos los IMC,s, dividido por el número de participantes. Formato de grupo: En nuestro caso el terapeuta trabaja con observador. Se trata de un grupo abierto, con un número medio de 7 participantes y que tiene enfoque mixto (sistémico-gestáltico). El grupo se reúne quincenalmente (Tenemos 2 grupos, distribuidos en semanas pares e impares del año) en el Hospital Universitario Santa María, dentro de la cartera de servicios ligada a la Unidad de atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), disponiendo de 90' de tiempo/espacio grupal y de 40' posteriores para análisis conjunto y traslado de información en la Historia Clínica a través del programa SAP. Criterios de inclusión: Mayoría de edad. Voluntariedad y firma de Consentimiento Informado (CI). Personalidad ajustada al entorno. Criterios clínicos de comer emocional como trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Criterios de exclusión: Falta de voluntad. Retraso mental. Diagnóstico de Bulimia Nerviosa o bien Trastorno por Atracónes.

Resultados

Apreciamos, desde el principio, que el concepto IMC-Grupal es de fácil entendimiento para los participantes. Además es trasladable a una gráfica que reporta retroalimentación de la evolución del conjunto. En nuestro caso, el IMC-Grupal no ha ido al alza en ninguna ocasión desde que se inició el grupo hace 6 meses, siendo al inicio un IMC-Grupal de 47,3 y actualmente de 45,2.

Conclusiones

El concepto de IMC-Grupal está demostrando su utilidad ayudando a construir una realidad grupal sostenida a partir de la aportación individual (IMC). Al utilizarlo, desdibujamos la variable vinculada al peso aportado (al alza o a la baja) individualmente al grupo. Los participantes acuden con más comodidad y su trabajo no está condicionado a la visión ofrecida por la báscula.

Agradecimientos

Al Dr. Albert Lecube, Jefe de Servicio de END y Nutrición del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.
A Patricia Munera, estudiante de 4º curso del Grado de Nutrición y dietética (UdL). Observadora en el Grupo I.
A Belinda Rodriguez, estudiante de 4º curso del Grado de Psicología (UdL). Observadora en el Grupo II.

I Jornada Catalana de Psicoterapia Grupal y Psicodrama. (25 y 26 de mayo, de 2018, Campus UB -Barcelona-).

Anexo 8. Recordatorio 24 horas individualizado e introducido en “EasyDiet”.

Paciente 1:

TFG Patricia(editar):

Asignar paciente / Editar

DESAYUNO

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☐

Naranja, zumo, fresco - 200g

MEDIA MAÑANA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☐

Pan blanco, de barra - 50g

☒ ☐

Jamón curado, sin grasa - 30g

☒ ☐

Café, solo - 60g

COMIDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☐

Lechuga, cruda - 70g

☒ ☐

Cebolla blanca, cruda - 50g

☒ ☐

Espárrago blanco, en conserva - 20g

☒ ☐

Sepia, cruda - 60g

☒ ☐

Gamba roja, cruda - 50g

MERIENDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☐

Naranja, cruda - 300g

CENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☐

Pan blanco, de barra - 175g

☒ ☐

Chorizo, categoría s/e - 25g

☒ ☐

Mango, crudo - 150g

RECENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☐

Naranja, cruda - 300g

Gráfico porcentaje composición nutricional:

● Glúcidos totales (66,0%)

● Lípidos totales (12,7%)

● Proteína total (21,2%)

Tabla de composición nutricional de la dieta:

| Comida | Valor energético | Glúcidos | Lípidos | Proteínas | Escoger Nutriente |
|--------------|------------------|----------|---------|-----------|-------------------|
| DESAYUNO | 70 kcal | 14.20 g | 0.40 g | 1.40 g | - |
| MEDIA MAÑANA | 176.5 kcal | 23.77 g | 3.32 g | 12.82 g | - |
| COMIDA | 121.7 kcal | 5.03 g | 1.78 g | 21.44 g | - |
| MERIENDA | 120 kcal | 24.60 g | 0.30 g | 3.00 g | - |
| CENA | 591.75 kcal | 102.80 g | 10.60 g | 21.05 g | - |
| RECENA | 120 kcal | 24.60 g | 0.30 g | 3.00 g | - |
| TOTALES | 1199.95 kcal | 195.00 g | 16.70 g | 62.71 g | - |

Paciente 2:

| DESAYUNO | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Café, con leche - 200g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pan blanco, de barra - 80g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pavo, pechuga, sin piel, cruda - 25g |
| MEDIA MAÑANA | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Café, con leche - 200g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Magdalena, pastelería - 20g |
| COMIDA | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lenteja, en conserva - 50g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Butifarra, blanca - 80g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tomate, pelado y triturado, enlatado - 30g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pan blanco, tipo «baguette» - 50g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Naranja, cruda - 150g |
| MERIENDA | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Jamón curado, con grasa - 30g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pan blanco, de barra - 80g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Café, con leche - 200g |
| CENA | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tortilla, a la francesa - 150g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lechuga, cruda - 70g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pepino, crudo - 80g |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Naranja, cruda - 150g |
| RECENA | |
| <input type="checkbox"/> | No hay platos en esta comida. |

Gráfico porcentaje
composición nutricional:



- Glúcidos totales (42,2%)
- Lípidos totales (37,1%)
- Proteína total (20,7%)

Tabla de composición nutricional de la dieta:

| Comida | Valor energético | Glúcidos | Lípidos | Proteínas | Escoger Nutriente | ▼ |
|--------------|------------------|----------|---------|-----------|-------------------|---|
| DESAYUNO | 289,8 kcal | 42,40 g | 6,43 g | 15,52 g | - | |
| MEDIA MAÑANA | 153 kcal | 12,78 g | 9,28 g | 4,62 g | - | |
| COMIDA | 427,9 kcal | 51,25 g | 16,83 g | 16,92 g | - | |
| MERIENDA | 360,8 kcal | 42,46 g | 12,86 g | 18,68 g | - | |
| CENA | 337,3 kcal | 15,69 g | 18,96 g | 24,94 g | - | |
| TOTALES | 1568,8 kcal | 164,58 g | 64,36 g | 80,68 g | - | |

Paciente 3:

DESAYUNO

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒

Naranja, zumo, fresco - 200g

☒ ☒

Galleta, tipo «María» - 50g

MEDIA MAÑANA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒

Albaricoque, crudo - 200g

COMIDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒

Zanahoria, hervida - 100g

☒ ☒

Patata, hervida - 120g

☒ ☒

Calabacín, hervido - 150g

☒ ☒

Calabaza, cruda - 20g

☒ ☒

Cerdo, lomo, crudo - 150g

MERIENDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒

Albaricoque, crudo - 250g

CENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒

Lechuga, cruda - 100g

☒ ☒

Atún, enlatado al natural, escurrido - 60g

☒ ☒

Tomate maduro, crudo - 100g

☒ ☒

Pepino, crudo - 60g

☒ ☒

Queso fresco, tipo «Burgos», envasado - 50g

RECENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒

Té, infusión - 200g

Gráfico porcentaje composición nutricional:

● Glúcidos totales (45,8%)

● Lípidos totales (29,4%)

● Proteína total (24,8%)

Tabla de composición nutricional de la dieta:

| Comida | Valor energético | Glúcidos | Lípidos | Proteínas | Escoger Nutriente | ▼ |
|--------------|-------------------------|----------|---------|-----------|-------------------|---|
| DESAYUNO | 297 kcal | 46.15 g | 9.90 g | 4.90 g | - | |
| MEDIA MAÑANA | 64 kcal | 14.00 g | 0.20 g | 1.60 g | - | |
| COMIDA | 372.70000000000005 kcal | 30.87 g | 13.87 g | 30.74 g | - | |
| MERIENDA | 80 kcal | 17.50 g | 0.25 g | 2.00 g | - | |
| CENA | 206 kcal | 7.65 g | 8.92 g | 23.68 g | - | |
| RECENA | 0 kcal | 0.00 g | 0.00 g | 0.00 g | - | |
| TOTALES | 1019.7 kcal | 116.17 g | 33.14 g | 62.92 g | - | |

Paciente 4:

DESAYUNO

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

Zumo de tomate, envasado - 200g

Pan integral, de barra - 40g

Yogur, desnatado, natural - 125g

MEDIA MAÑANA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

No hay platos en esta comida.

COMIDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

Lechuga, cruda - 120g

Cebolla blanca, cruda - 60g

Ternera, entrecot, sin grasa, crudo - 120g

Pan blanco, de barra, sin sal - 70g

Plátano, crudo - 120g

MERIENDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

No hay platos en esta comida.

CENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

Lechuga, cruda - 120g

Cebolla blanca, cruda - 60g

Pavo, pechuga, sin piel, cruda - 80g

Manzana, con piel, cruda - 150g

Nuez, cruda - 15g

RECENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

No hay platos en esta comida.

Gráfico porcentaje composición nutricional:

| Nutriente | Porcentaje |
|------------------|------------|
| Glúcidos totales | 52,6% |
| Lípidos totales | 20,9% |
| Proteína total | 26,6% |

Tabla de composición nutricional de la dieta:

| Comida | Valor energético | Glúcidos | Lípidos | Proteínas | Escoger Nutriente |
|----------|-------------------------|----------|---------|-----------|-------------------|
| DESAYUNO | 172.35 kcal | 29.61 g | 1.29 g | 10.45 g | - |
| COMIDA | 473.99999999999994 kcal | 69.29 g | 8.81 g | 29.24 g | - |
| CENA | 292.25 kcal | 24.28 g | 11.62 g | 22.54 g | - |
| TOTALES | 938.6 kcal | 123.18 g | 21.72 g | 62.23 g | - |

Paciente 5:

DESAYUNO

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒ Bicentury, Tostada Cracks, integral, extrusionada (5 g/ud) - 15g

☒ ☒ Jamón curado, con grasa - 20g

☒ ☒ Café, con leche - 200g

MEDIA MAÑANA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒ Zanahoria, cruda - 160g

COMIDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒ Lenteja, en conserva - 80g

☒ ☒ Patata, hervida - 150g

☒ ☒ Tortilla, a la francesa - 120g

☒ ☒ Albaricoque, crudo - 100g

MERIENDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒ Coco, fresco, crudo - 50g

☒ ☒ Plátano, crudo - 100g

CENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒ ☒ Yogur, entero, natural - 125g

RECENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

No hay platos en esta comida.

Gráfico porcentaje composición nutricional:

| |
|--------------------------|
| Glúcidos totales (39,7%) |
| Lípidos totales (42,2%) |
| Proteína total (18,1%) |

Tabla de composición nutricional de la dieta:

| Comida | Valor energético | Glúcidos | Lípidos | Proteínas | Escoger Nutriente | |
|--------------|-------------------------|----------|---------|-----------|-------------------|--|
| DESAYUNO | 185,3 kcal | 14,14 g | 9,62 g | 10,51 g | - | |
| MEDIA MAÑANA | 54,4 kcal | 11,20 g | 0,48 g | 1,28 g | - | |
| COMIDA | 414,09999999999997 kcal | 43,60 g | 15,17 g | 25,61 g | - | |
| MERIENDA | 267,5 kcal | 24,05 g | 17,85 g | 2,80 g | - | |
| CENA | 71,25 kcal | 5,50 g | 3,38 g | 4,63 g | - | |
| TOTALES | 992,55 kcal | 98,49 g | 46,49 g | 44,83 g | - | |

Paciente 6:

DESAYUNO

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒

☒

Café, con leche - 200g

☒

☒

Pan blanco, de barra - 80g

☒

☒

Queso Emmental - 50g

☒

☒

Fresón, crudo - 60g

MEDIA MAÑANA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

No hay platos en esta comida.

COMIDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒

☒

Judía verde, cruda - 100g

☒

☒

Patata, cruda - 120g

☒

☒

Guisante, fresco, crudo - 60g

☒

☒

Pollo, muslo, sin piel, crudo - 160g

☒

☒

Naranja, cruda - 200g

MERIENDA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒

☒

Café, con leche - 200g

☒

☒

Manzana, con piel, cruda - 160g

CENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

☒

☒

Lechuga, cruda - 150g

☒

☒

Tomate maduro, crudo - 60g

☒

☒

Lenguado, crudo - 160g

☒

☒

Pan blanco, de barra - 60g

☒

☒

Naranja, cruda - 200g

RECENA

+ Añadir plato

+ Añadir alimento

No hay platos en esta comida.

Gráfico porcentaje composición nutricional:

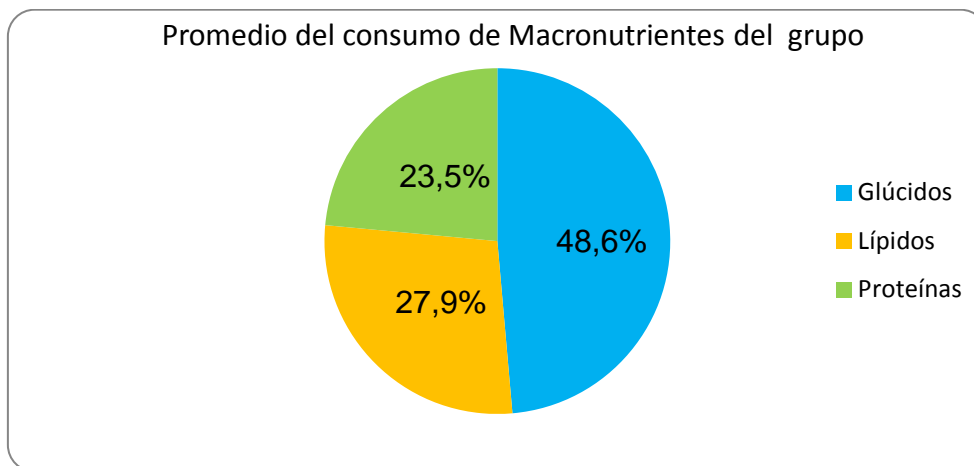
● Glúcidos totales (45,4%)
● Lípidos totales (24,9%)
● Proteína total (29,7%)

Tabla de composición nutricional de la dieta:

| Comida | Valor energético | Glúcidos | Lípidos | Proteínas | Escoger Nutriente | |
|----------|-------------------------|----------|---------|-----------|-------------------|--|
| DESAYUNO | 465 kcal | 45.70 g | 20.66 g | 24.05 g | - | |
| COMIDA | 421.2 kcal | 43.50 g | 9.56 g | 39.08 g | - | |
| MERIENDA | 157.6 kcal | 23.52 g | 5.28 g | 3.88 g | - | |
| CENA | 394.6 kcal | 49.25 g | 4.06 g | 38.90 g | - | |
| TOTALES | 1438.3999999999999 kcal | 161.97 g | 39.56 g | 105.91 g | - | |

CONSEJOS Y RECOMENDACIONES

- **MACRONUTRIENTES**



- **HORARIOS**

Intentar realizar 5 comidas al día, siguiendo un horario establecido, con el fin de aumentar la sensación de saciedad y evitar la pica entre horas. Por ejemplo:

- Desayuno: 7.00h
- Media mañana: 11.00h
- Comida: 14.00h
- Merienda: 18.00h
- Cena: 21.00h

- **CONSUMO DE AGUA**

Incrementar el consumo diario de agua hasta 2-2,5 litros/día.

- **ACTIVIDAD FÍSICA**

Siempre y cuando nuestro estado físico nos lo permita, realizar algún tipo de actividad física y alcanzar, como mínimo los 8.000 - 10.000 pasos diarios. Se recomienda el uso de una aplicación para el teléfono como contador de pasos.